

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922

N° 96

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TUBERCULOSE DE L'OVAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 17 Février 1922

PAR

René-Gabriel-Louis-Marie NEAU

Né à La Chapelle-Bâton (Charente-Inférieure), le 24 juillet 1895

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	{	Président.
		VERGER, professeur		Juges.
		G. DUBREUIL, professeur		
		LACOSTE, chargé des fonctions d'agrégé		

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20, Rue du Peugue, 18-20

1922

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548615_0076

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922

N° 96

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TUBERCULOSE DE L'OVAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 17 Février 1922



PAR

René-Gabriel-Louis-Marie NEAU

Né à La Chapelle-Bâton (Charente-Inférieure), le 24 juillet 1895

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOVIN, professeur.....	Président.
		VERGER, professeur.....	Juges.
		G. DUBREUIL, professeur.....	
		LACOSTE, chargé des fonctions d'agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20, Rue du Pengué. 18-20

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD,

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique interne	ARNOZAN.	Pharmacie	DUPOUY.
	CASSAET.	Zoologie et parasitologie..	MANDOUL.
Clinique externe	CHAVANNAZ.	Médecine expérimentale..	FERRE.
	VILLAR.	Clinique ophtalmologique..	LAGRANGE.
Pathologie et thérapeuti- que générales.....	CRUCHET.	Clinique chirurgicale in- fantile et Orthopédie....	DENUCE.
Clinique d'accouchements.	RIVIERE.	Clinique gynécologique....	BEGOUIN.
Anatomie Pathologique...	SABRAZES.	Clinique médicale des ma- ladies des enfants.....	MOUSSOUS
Anatomie	PICQUE.	Chimie biologique	DENIGES.
Anatomie générale et his- tologie	G. DURREUIL.	Physique pharmaceutique.	SIGALAS.
Physiologie	PACHON.	Pathologie exotique	LE DANTEC
Hygiène.....	AUCHE.	Clinique des maladies cuta- nées et syphilitiques....	W. DUBREUILH
Médecine légale	VERGER.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Physique biologique et d'électricité médicale...	BERGONIE.	Clinique psychiatrique....	ABADIE.
Chimie	CHELLE.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie...	MOURE.
Botanique et matière mé- dicale.....	BEILLE.	Toxicologie.....	BARTHE.

M. PRINCETEAU.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatomie et embryologie.	N. et N.		LEURET.
Histologie.....	LACOSTE, chargé.	Médecine générale.....	DUPERIE.
Physiologie	DELAUNAY.		CREYX.
Anatomie pathologique...	MURATET.		MICHELEAU
Parasitologie et Sciences naturelles	R. SIGALAS, chargé.	Maladies mentales.....	PERRENES.
	N...	Médecine légale.....	LANDE.
Physique biologique et médicale	RECHOU.		GUYOT
Chimie biologique et médi- cale	N...	Chirurgie générale.....	ROCHER.
	PETGES.		DUVERGER
Médecine générale	CARLES.	Obstétrique	PAPIN.
	MAURIAC.		PERY.
		Ophtalmologie	FAUGERE.
		Pharmacie	TEULIERES
			LABAT.
			N.

CHARGÉS DE COURS

Cours de clinique dentaire		MM. CAVALIÉ
— complémentaire de thérapeutique et pharmacologie.....		CARLES
— — de médecine opératoire		VENOT.
— — d'accouchements		PERY.
— — d'ophtalmologie		CABANNES.
— — de puériculture		ANDÉRODIAS.
— — de climatologie et hydrologie médicale.....		SELLIER.
— — de démonstrations et de préparations phar- maceutiques.....		LAEAT.
— — de chimie		RANGIER.
— — de vénéréologie.....		PETGES.
— — de pathologie interne.....		GUYOT.
— — de pathologie externe		MAURIAC.
— — d'orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes anneau de prothèse et rééducation professionnelle.....		ROCHER.
		GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma profonde
affection et de ma vive reconnaissance.*

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE SAMUEL

Mort pour la France le 13 décembre 1916.

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A LA MÉMOIRE DU LIEUTENANT HENRI TEXIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
TOMBÉ A L'ENNEMI LE 14 JUILLET 1918

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAPIN

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BÉGOUIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Avant de quitter la faculté, il nous est particulièrement agréable de remercier les maîtres dont le précieux enseignement contribua à notre formation Médicale.

Que Monsieur le professeur Bégouin veuille bien trouver ici l'expression de nos sentiments les plus vifs de reconnaissance, pour la sollicitude bienveillante dont il nous a toujours entouré. Nous lui devons également l'idée de ce modeste travail, dont il a bien voulu accepter la présidence.

Nos remerciements vont encore à Monsieur le professeur agrégé Papin qui, dans le cours de nos recherches nous a éclairé et guidé de ses excellents conseils.

INTRODUCTION

La tuberculose de l'ovaire est rare, et le plus souvent secondaire à une tuberculose tubaire, disent tous les auteurs qui ont étudié les localisations du bacille de Koch sur l'appareil génital de la femme.

Labhardt en 1912 publiait une statistique suggestive reposant sur 100 cas de tuberculose annexielle.

Tuberculose de la trompe seule 53 % des cas

Tuberculose de la trompe et des ovaires 32 % des cas.

Tuberculose de la trompe et de l'utérus 10 % des cas.

Tuberculose isolée de l'ovaire 5 % des cas.

Notre but n'est pas d'entreprendre une revue générale de la tuberculose utéro-annexielle avec participation de l'ovaire au processus morbide; de nombreux travaux originaux, de nombreuses thèses, ont été publiés sur cette importante question.

Nous nous contenterons d'étudier les ovarites tuberculeuses qui ne sont pas liées à une tuberculose de la trompe, afin de bien montrer que si l'ovarite succède souvent à la salpingite, il n'y a pas entre ces deux lésions un rapport fatal et nécessaire de cause à effet. Nous avons puisé dans la littérature 19 observations qui, jointes à celle recueillie dans le service de Monsieur le professeur Bégouin peuvent se répartir comme suit :

1^o Tuberculose isolée de l'ovaire, secondaire à un foyer tuberculeux éloigné cliniquement appréciable ; (obs. II, XI, XIV, XIX).

2^o Tuberculose de l'ovaire coexistant avec des lésions bacillaires de voisinage, mais si discrètes, qu'elles ne peuvent en aucune façon être considérées comme primitives. (obs. III, IV, V, VI, VII, IX, XII, XVII)

3^o La tuberculose primitive ou apparemment primitive de l'ovaire. Nous considérons comme tels les cas dans lesquels l'ovaire est signalé comme seul malade, après laparotomie et examen direct approfondi, ou constatation nécropsique minutieuse. (obs. x, xii, xv, xvi, xviii)

Les observations que nous rapportons sont toutes accompagnées d'un examen histologique complet, nous avons à dessein laissé dans l'ombre les cas qui nous paraissaient douteux préférant sacrifier le nombre à la vérification rigoureuse et scientifique des faits.

De plus, nous devons faire remarquer que la tuberculose inflammatoire de l'ovaire n'entre pas dans le cadre de notre étude. Mademoiselle Pewsner l'a parfaitement étudiée en 1913 sous la direction de Poncet et Leriche; d'autre part, la preuve absolue et irréfutable du rôle que joue la tuberculose dans la genèse de l'ovarite microkystique, dans l'hématome de l'ovaire reste encore à donner.

Nous n'envisagerons pas davantage la tuberculose des kystes de l'ovaire, question vaste, bien étudiée dans la thèse de Rémy, les observations de Lefèvre et Loubat, Chavannaz, Charbonnel et Nadal.

Si nous n'avons en vue que la tuberculose isolée ou prédominante de l'ovaire, et si nos observations ne se rapportent qu'à cette forme bien spéciale et bien rare de la bacillose génitale nous devons reconnaître que sa symptomatologie et sa thérapeutique se confondent absolument avec celles de l'annexite tuberculeuse. Aussi dans nos chapitres ayant trait à la clinique et au traitement, étudierons-nous l'annexite tuberculeuse et non la tuberculose de l'ovaire, impossible à diagnostiquer. « Il faut prendre son parti de ne reconnaître la tuberculose de l'ovaire que le ventre ouvert »; disait J. L. Faure en 1902.

HISTORIQUE

Les premiers travaux entrepris sur la tuberculose de l'ovaire remontent à un siècle, nous les devons au médecin français Louis qui décrivit cette lésion en 1825.

De 1825 à 1865 de nombreuses observations furent publiées par Raynaud, Boivin, Duges, Rokitansky, Pillaud, Arrou, ces auteurs ne tenaient compte que de l'examen macroscopique des lésions.

En 1863, Négrié le premier fit paraître dans le Bulletin de la société anatomique, un cas de tuberculose ovarienne avec examen microscopique.

En 1865 Brouardel dans sa thèse rapportait un grand nombre de faits, tous appuyés sur l'examen histologique.

Les travaux de Lépine, de Vermeil de 1870 à 1880 confirmèrent les idées émises par Brouardel.

Nomias à la société anatomique de 1878 publie une observation dans laquelle on n'avait rencontré des tubercules que dans le cerveau et les ovaires, l'utérus les trompes étaient indemnes.

En 1885 les progrès de l'anatomie pathologique permirent à Dalché, Doyen, Gombault d'apporter des preuves plus rigoureuses de la spécificité des lésions.

En 1888, Ed. Walther et Griffith faisaient à la société pathologique de Londres, deux communications importantes sur la question.

Les thèses de Daurios en 1888 sur la tuberculose génitale, de De Massia en 1890 sur la tuberculose salpingienne con-

tiennent accessoirement un chapitre sur la tuberculose de l'ovaire.

En 1893 Jacobs publiait dans le *Centr blatt für Gyn.* un cas intéressant d'abcès froid de l'ovaire.

En 1894 paraît dans la *Revue de chirurgie* l'important travail de Guillemain.

En 1900 la thèse de Mademoiselle Gorowitz apporte à la question de nombreux documents.

En 1902 au Congrès international de Gynécologie et d'obstétrique de Rome, le sujet s'enrichit des idées de J. L. Faure, de Veit, de Martin (de Greifswald), d'Amann.

En 1905 Cornil dans sa « note sur les tubercules de l'ovaire » met au point l'histologie de l'affection qui nous occupe.

En 1909 la thèse de Rives apporte de nouveaux faits. La même année, Martin de Montpellier publiait un cas intéressant de tuberculose hypertrophique de l'ovaire recueilli dans le service de Tédénat.

De nombreux travaux ont été publiés depuis lors; nous ne retiendrons que les principaux.

En France : Lenormant 1909; Murard et Patel, Albertin, Rémilly 1919.

En Allemagne : Cohn, Konrad, Wolff, Labhardt.

En Angleterre : Celler, Royce 1915.

En Belgique : Brohl 1910.

En Italie : Senni, Benso 1917, ont à plusieurs points de vue étudié la question et publié des observations précises qui rendent indiscutable le « Tuberculose isolée de l'ovaire ».

ETIOLOGIE

FRÉQUENCE. — La tuberculose de l'ovaire est beaucoup plus rare que celle de la trompe, surtout si comme le veut Guillemain « on prend soin de distinguer la tuberculose de l'ovaire de la péri-ovarite tuberculeuse développée aux dépens du péritoine du hile de l'ovaire, cette péri-ovarite est fréquente, on la trouve dans presque tous les cas de tuberculose génitale de la femme, et elle enveloppe dans une sorte de coque, de capsule, un ovaire qui est sain, enflammé ou atrophie ». C'est probablement ce fait qui explique les résultats différents des diverses statistiques. Certains auteurs comme Rives donnent 12 % de tuberculose de l'ovaire dans les tuberculoses génitales; Wolff, 37 %. Nous insisterons davantage sur les statistiques de Mademoiselle Schakoff : sur 6.076 autopsies de malades mortes des affections les plus diverses, elle trouve 43 cas de tuberculose génitale soit 5 %. L'ovaire participait aux lésions dans 11 % des cas et était intéressé isolément dans 2 %.

Labhardt, cite 5 % des cas de tuberculose isolée de l'ovaire.

Tomson sur cinq cas trouve 1 cas de tuberculose de l'ovaire probablement primitive.

Un autre point est important à préciser, les productions kystiques de l'ovaire doivent-elles être considérées comme des lésions tuberculeuses? Pollosson et Violet le croient; tout récemment Forgue et Chauvin ont étudié la question; pour eux le kyste de l'ovaire lié à la tuberculose même atténuée, est d'une extrême rareté.

Rémy dans sa thèse rejette l'influence de la tuberculose dans la genèse des kystes de l'ovaire. Nous n'admettrons donc comme tuberculeuses, que les lésions ovariennes qui portent la signature histologique, indiscutable de cette affection.

L'AGE. — Etudiées au point de vue de l'âge, nos 20 observations nous montrent que 3 malades étaient âgées de moins de 20 ans, 8, entre 20 et 30 ans, 6, entre 30 et 35 ans, 2, entre 45 et 55 ans.

Dans ces cas évidemment trop peu nombreux pour entraîner la conviction, nous notons que la tuberculose ovarienne s'est presque toujours développée à l'âge dit d'activité génitale. Ces résultats sont confirmés par la statistique de Chaufton qui indique comme âge habituel de l'ovarite bacillaire de 20 à 40 ans.

Rives sur 253 cas de salpingo-ovarite tuberculeuse en trouve 183 de 15 à 35 ans.

Rare chez l'enfant, la tuberculose ovarienne devient plus fréquente avec la puberté, les organes génitaux entrent alors en voie d'accroissement, et présentent de ce fait la vulnérabilité des organes surmenés. Les troubles des premières règles, les premiers rapports sexuels, la masturbation, amènent avec des variations vasculaires importantes, indéniables, une excitation nerveuse, une éréthysme souvent prolongé sur lequel Daremberg et Deville ont insisté. Les expériences de ces auteurs montrent bien l'action favorisante de l'excitation nerveuse sur le succès des inoculations de bacille tuberculeux. L'expérimentation d'accord avec la clinique nous dit : maximum de fréquence d'ovarite tuberculeuse, de 15 à 35 ans.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — L'état général est habituellement mauvais chez les femmes menacées d'ovarite tuberculeuse; ce sont des surmenées, des misérables, des scrofuleuses atteintes de déchéance physique. Ce fait n'est pas absolu, ce sont parfois de fortes et vigoureuses campagnardes (Martin, Lyon), de grasses et grosses femmes brunes (Tédenat). Dans les antécédents on relève souvent des maladies infectieuses banales

typhoïde (obs. XIX) scarlatine et surtout rougeole (obs. III). Bien plus intéressantes sont les manifestations bacillaires antérieures, siégeant au niveau d'un autre organe, guéries ou en évolution; pleurésie séro-fibrineuse, adénopathie cervicale (obs. I, IX) tracheobronchique; tuberculose intestinale (Glockner), pulmonaire (Mlle de Jung), péritonéale; ostéite tuberculeuse du calcanéum (obs. II), tuberculose rénale (obs. XIV).

Les menstruations sont normales dans 18 de nos observations. Une malade de 34 ans n'a jamais été réglée, il y a eu suppression des règles pendant 3 mois dans un autre cas.

Cinq de nos malades n'ont eu ni enfants ni fausses couches, une vierge, de ux multipares.

Dans le fait rapporté par Senni (obs. XVIII), tuberculose bilatérale des ovaires herniés, l'auteur attribue une grosse importance étiologique à cette situation ectopique des ovaires, car la glande génitale avait subi pendant de longues années de multiples traumatismes dûs au port d'un bandage herniaire défectueux.

Nous n'avons retrouvé dans nos observations que deux malades présentant des antécédents familiaux tuberculeux; l'une perdit son mari de tuberculose pulmonaire, l'autre eut une sœur opérée de péritonite bacillaire.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Rives signale l'hérédité tuberculeuse dans 1/3 des cas de tuberculose génitale. L'hérédité similaire n'a pas été rencontrée. Cette notion de tuberculose héréditaire prend une importance capitale si nous en faisons avec Poncet la cause déterminante de l'hypoplasie de la dystrophie génitale, si souvent constatée chez les femmes atteintes de tuberculose annexielle.

Sur 19 malades présentant de l'hypoplasie génitale, Hégard a trouvé 9 fois des antécédents tuberculeux, 2 fois des lésions de tuberculose acquise.

Merletti à l'autopsie de 500 femmes tuberculeuses rencontre 80 hypoplasiques.

Il semble donc que la tuberculose ait un rôle dystrophique et gêne le développement normal de l'utérus et de ses an-

nexes, la lésion tuberculeuse signée se rencontrant chez des hypoplasiques, ne vient pas de ce que l'appareil génital est chétif, mais de ce que les femmes sont déjà tuberculeuses, et c'est cette même infection, qui ayant dans un premier temps créé l'hypoplasie, va dans un deuxième temps faire la lésion spécifique.

La cause efficiente de l'affection qui nous occupe est naturellement l'arrivée du bacille de Koch et sa localisation au niveau de l'ovaire; ainsi nous quittons l'étiologie pour arriver bien plus dans le domaine de la pathogénie.

PATHOGÉNIE

A) TUBERCULOSE PRIMITIVE

L'existence de la tuberculose primitive de l'ovaire est très contestée, certains auteurs parmi lesquels Rokitanski, Orthmann, Schottlaender en nient l'existence.

Il est naturellement fort difficile de prétendre sans restriction aucune, que tel cas dans lequel l'autopsie exacte n'a démontré la présence d'aucun foyer tuberculeux par ailleurs constitue vraiment la preuve d'une localisation bacillaire primitive au niveau de l'ovaire. Seul l'examen histologique de tous les organes et de tous les ganglions pourrait être décisif, il en ressort qu'il faut toujours s'exprimer avec une très grande réserve. Il est donc à peu près impossible de savoir exactement la proportion des cas primitifs et des cas secondaires, car même à l'autopsie la plus sérieuse, un petit ganglion tuberculeux peut passer inaperçu, et être la véritable lésion primitive. La tuberculose primitive de l'ovaire, considérée comme très rare est admise par Mlle Gorowitz, Lenormant Amann et la majorité des auteurs qui ont étudié la question. Nous ne voulons pas nous arrêter davantage sur ce sujet que les discussions les plus nourries ne font pas avancer d'un pas. Pour nous, sera primitive toute tuberculose de l'ovaire qui, cliniquement, ne s'accompagnera d'aucune lésion bacillaire dans d'autres organes.

Comment l'ovaire est-il contaminé dans la tuberculose primitive?

Le bacille tuberculeux pour atteindre la glande génitale peut emprunter plusieurs voies :

Voie muqueuse ascendante. — Franqué admet que le bacille tuberculeux remonte dans l'utérus avec les spermatozoïdes, il peut traverser la muqueuse sans la léser, gagner les lymphatiques du ligament large, et par leur intermédiaire atteindre l'ovaire. Peut-être même la menstruation qui traumatise la muqueuse utérine offre-t-elle à la contagion une porte d'entrée. De même ainsi que Baumgarten l'a observé, le spermatozoïde entraînant un bacille tuberculeux peut remonter jusqu'à l'ovaire; on sait, et témoin les grossesses ovariennes, que le spermatozoïde peut remonter toute la trompe et atteindre la glande génitale.

Derveaux dans sa thèse 1902, n'admet pas cette voie de pénétration du bacille de Koch. Rien n'est démontré, dit-il dans toutes les hypothèses qui ont été émises. Quoi qu'il en soit, la contagion par le sperme reste tout à fait exceptionnelle, ainsi d'ailleurs que la contagion par voie ascendante. On trouve dit Amann des bacilles dans le sperme des tuberculeux pulmonaires et surtout génitaux, mais en si petite quantité que l'infection par le coït doit être considérée comme excessivement rare.

Voie descendante hémalogène. — La tuberculose primitive de l'ovaire peut aussi et surtout être réalisée autrement que par la voie ascendante, et résulter de toute cause qui fait circuler momentanément des bacilles tuberculeux dans le sang, sans avoir cependant créé un foyer primitif au niveau de la porte d'entrée. Nous savons depuis Strauss que le bacille tuberculeux traverse la muqueuse intestinale sans laisser de trace de son passage, et que, par un phénomène analogue à l'absorption il arrive dans les chylifères, il peut brûler l'étape des ganglions mésentériques, et comme l'ont démontré Nicolas et Descos, sur les chiens, être rencontré dans le

canal thoracique trois heures après avoir été ingéré. Du canal thoracique il passe dans le sang et va pouvoir infecter l'ovaire. Lenormant pense avec Amann que seule la tuberculose hémotogène de l'ovaire est démontrée; la tuberculose ascendante étant extrêmement douteuse, on peut également considérer comme primitive la tuberculose ovarienne qui fait suite à une tuberculose congénitale restée longtemps latente.

Acconci est parvenu à provoquer expérimentalement une tuberculose primitive de l'ovaire.

B) TUBERCULOSE SECONDAIRE

A côté des cas paraissant primitifs, il faut placer ceux qui sont au contraire accompagnés de lésions pulmonaires évidentes. Dans ce cas l'infection par voie sanguine semble devoir être toute naturelle et la tuberculose de l'ovaire est alors secondaire, métastatique. La même pathogénie explique les tuberculoses ovariennes succédant à tout foyer bacillaire éloigné. D'après le professeur Amann dans l'ovarite tuberculeuse, les ganglions rétropéritonéaux sont rarement atteints, par contre, les ganglions bronchiques et les sommets des poumons, le sont très fréquemment.

La voie lymphatique peut être suivie par l'agent pathogène pour atteindre l'ovaire; cette voie est moins favorable que la voie sanguine en raison des ganglions qui constituent de sérieux obstacles à la migration microbienne. Dans l'infection de proche en proche, les lymphatiques développés dans l'épaisseur des adhérences facilitent le passage des germes d'un organe voisin à l'ovaire si souvent atteint de péri-ovarite.

Infection par propagation d'une lésion de voisinage. — Dans certains cas, le foyer de voisinage dont l'extension atteindra l'ovaire, dépend du tube digestif, il sagit alors soit d'une

entérite tuberculeuse, soit d'une tuberculose cœcale, soit de ganglions mésentériques caséeux.

Schottlaender pense que la péritonite tuberculeuse réalise les conditions les plus favorables de propagation, car l'ovaire étant recouvert partiellement par la séreuse, participera fatalement à son infection. Cette opinion repose sur une série d'expériences qui amenèrent l'auteur à conclure, que l'ovaire devenait plus facilement tuberculeux quand on enduisait sa surface de culture de bacilles de Koch, que lorsque cette culture était déposée en plein tissu ovarien. D'après les travaux de Bouilly, de Leuret, il semble bien que la péritonite bacillaire succède à la tuberculose génitale plutôt qu'elle ne la précède.

Nous devons enfin signaler, quoique ces cas ne soient pas étudiés dans notre travail, que la tuberculose de l'ovaire est très souvent secondaire à une tuberculose salpingienne.

En règle générale, on se base sur le degré plus marqué des lésions ovariennes pour faire de l'ovaire l'organe le premier lésé, il n'en est pas toujours ainsi, car la tuberculose évolue plus vite dans certains tissus que dans d'autres. Nous inspirant de cette idée nous avons de parti pris négligé toute les observations de tuberculose ovarienne s'accompagnant de lésions salpingiennes au même stade ou à un stade voisin.

Frappé de la grande rareté de la tuberculose de l'ovaire, le Dr Wittgenstein en 1909, entreprit un certain nombre de recherches intéressantes afin de savoir si l'extrait ovarien n'aurait pas de propriétés antituberculeuses. De ces expériences il résulte que :

1^o Les bacilles tuberculeux perdent de leur virulence quand ils ont séjourné 15 à 20 jours dans l'extrait d'ovaire;

2^o Les animaux rendus tuberculeux et traités par l'extrait d'ovaire ont une tuberculose plus bénigne que les animaux témoins;

3^o Les bacilles tuberculeux tués et mélangés à de la substance ovarienne ne produisent pas, injectés aux animaux de modifications pathologiques.

A ces intéressantes constatations s'ajoutent les idées plus anciennes de Cornil qui expliquait le peu de réceptivité de l'ovaire à la tuberculose, par la structure spéciale de la glande génitale, par sa situation, par la rareté de son inflammation.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il est impossible d'affirmer la présence de tuberculose ovarienne sans le secours du microscope, on peut prendre un corps jaune pour un nodule tuberculeux, un abcès banal, peut en imposer pour un abcès froid. Le diagnostic histologique devra, d'une part s'attacher à l'identification du tissu ovarien, d'autre part, à la découverte des lésions spécifiques de la tuberculose. Dans les cas douteux, l'inoculation, la culture, la recherche du bacile de Koch, donnent quand elles sont positives une certitude absolue.

Examen macroscopique. — L'ovaire tuberculeux est en général augmenté de volume, il peut peser 450 grammes (obs. II), sa surface est irrégulière, bosselée, tachetée de quelques points hémorragiques ou de quelques foyers caséux. D'après Guillemin, il y a toujours de la péri-ovarite. Il est rare que les lésions de l'ovaire soient visibles extérieurement, pour les découvrir il faut faire une coupe suivant le grand axe de la glande et racler cette surface de coupe. On peut alors trouver 3 ordres de lésions : Tubercules crus; foyers caséux; abcès froids, qui représentent les étapes successives du processus tuberculeux. Quand on rencontre des foyers caséux, les tubercules crus ont disparu, ces foyers caséux se ramollissent, se fusionnent pour donner de véritables amas puriformes, qui constituent les abcès froids. Ces abcès froids peuvent se réunir pour n'en donner qu'un seul qui englobe tout l'ovaire. Cette collection est quelque temps limitée par la

zone ovigène, qui résiste le plus longtemps, et finit enfin par s'évacuer dans l'S iliaque, le rectum, le vagin, à la peau même, donnant un trajet fistuleux très difficile à tarir.

Examen microscopique. — Le plus souvent, dit Cornil : « Les deux ovaires sont atteints à des degrés différents. On peut avoir à la coupe des granulations isolées, mais le plus souvent, on a des îlots composés de granulations ou de follicules confluents, dont la partie centrale est ramollie, caséeuse, ou transformée en un petit abcès contenant du pus bien lié, ou fluide, ou granuleux pouvant occuper la plus grande partie du tissu ovarien. » Dans l'abcès froid on recherchera les lésions tuberculeuses au niveau de sa paroi, le point difficile n'est pas toujours de reconnaître la lésion tuberculeuse, mais d'identifier le tissu ovarien. Car souvent la tuberculose envahit en bloc le tissu ovarien et détruit toutes les vésicules de Graaf. Guillemain fait remarquer que pour affirmer qu'il s'agit de l'ovaire, il suffit d'identifier l'épithélium cubique qui limite la zone ovigène en dehors, en dedans la couche médullaire avec ses artères hélicines et ses fibres lisses.

Quelquefois, les cellules géantes sont absentes, et on ne trouve que les cellules épithélioïdes qui limitent le foyer malade; il est rare d'y trouver des bacilles.

Les lésions trophiques sont constantes; elles sont liées au processus tuberculeux et aussi au prolapsus de l'ovaire, qui augmenté de volume, tombe dans le Douglas. Nous savons en effet que les artères d'un organe atteint de tuberculose sont frappées d'endartérite, le fait a été constaté pour l'ovaire par Cornil et Guillemain. Il s'en suit de la sclérose de l'ovaire par dystrophie, marquée par la disparition des éléments nobles de l'organe. C'est autour de vaisseaux, dans la zone ovigène que débutent les lésions. Au niveau de l'ovaire la tuberculose peut affecter un autre mode d'évolution et donner un véritable tuberculome (obs. II) comparable au tuberculome cœcal. Il s'agissait d'une volumineuse tumeur pesant 450 grammes, dans la partie corticale de laquelle on reconnaît le tissu ovarien, avec des follicules hypertrophiés. En allant

de la périphérie au centre de la tumeur on rencontre des follicules tuberculeux de plus en plus ramollis, de plus en plus confluents. La zone centrale est en complète dégénérescence fibrocaséuse.

Patel pense que, plus que la bacillose tubaire, la bacillose ovarienne a tendance à se propager au péritoine. Nous savons en effet que la pelvi-péritonite suit presque toujours la tuberculose ovarienne.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Au double point de vue clinique et thérapeutique la tuberculose de l'ovaire se confond avec la tuberculose annexielle, c'est donc le diagnostic de salpingo-ovarite bacillaire que nous chercherons à porter. Ce diagnostic lui-même est extrêmement difficile, comme le disait J. L. Faure au Congrès de Rome : « Il faut renoncer à demander à la clinique plus qu'elle ne peut donner, et prendre son parti de ne reconnaître la tuberculose génitale que pendant l'opération, et parfois même au cours seulement des examens histologiques des pièces que celle-ci aura permis d'enlever. En pratique, la tuberculose génitale se réduit à la tuberculose des annexes et ses symptômes se confondent absolument avec ceux des salpingo-ovarites chroniques dont il est cliniquement impossible de la distinguer ».

La plus grande partie de nos observations de tuberculose ovarienne, répond, soit à la forme d'annexite simple, chronique, soit à la forme de péritonite tuberculeuse, réalisant alors un véritable syndrome abdomino-génital. Ces formes extrêmes sont reliées par une série de cas intermédiaires, à symptômes atténués, traduisant une réaction péritonéale plus ou moins importante.

1^o ANNEXITE SIMPLE. — Cette forme se présente sous l'aspect clinique de l'annexite banale, cependant le début est en général plus insidieux, la lésion s'installe progressivement. Depuis plusieurs mois, plusieurs années mêmes, la malade souffre du ventre surtout au moment de ses menstruations

qui perdent de leur régularité. Ces troubles surviennent le plus souvent par petites crises, ils sont rarement continus, et nécessitent parfois le séjour au lit. Le symptôme douleur peut faire absolument défaut ou prendre un caractère de telle banalité qu'il n'attire pas l'attention.

Les troubles menstruels sont essentiellement variables, ils consistent le plus souvent en dysménorrhée.

L'aménorrhée existe chez une de nos malades, elle a une valeur considérable et à elle seule peut faire songer à la tuberculose génitale quand elle est associée à des signes d'annexite.

Les ménorragies et les métrorragies sont beaucoup plus rares, elles seraient pour Veit le fait plutôt de lésions ovariennes ou utérines que de lésions tubaires. Chez une vierge, en dehors du fibrome la ménorragie serait liée à la tuberculose annexielle et plus spécialement à la tuberculose de l'ovaire.

La stérilité est fréquente, on la trouve dans 61 % des cas de tuberculose génitale. Sa pathogénie est difficile à expliquer; est-elle due à l'hypoplasie génitale souvent rencontrée, à la localisation annexielle du bacille de Koch, ou au contraire, serait-elle liée à des troubles ovulaires, à un mauvais fonctionnement de la glande interstitielle qui expliquerait pour certains auteurs la stérilité, et l'augmentation de l'instinct génésique qu'on rencontre parfois.

Les pertes blanches ont assez peu d'importance car elles sont très difficiles à différencier des pertes banales, sauf les cas où il s'agit de véritables vomiques d'un pyosalpinx s'évacuant par l'orifice utérin de la trompe.

Examen local. — Ventre normal, douleur annexielle à la palpation profonde. Le toucher combiné au palper nous permet de constater des signes d'une grande banalité. L'utérus est souvent un peu gros, dans les culs-de-sac latéraux et postérieur on trouve une masse annexielle de volume variable; douloureuse à la pression, souvent très dure.

Examen général. — L'Etude de nos observations montre que, souvent, on trouve cliniquement des manifestations ba-

cillaires au niveau des sommets des poumons, des reins, des ganglions, de l'intestin, du squelette.

L'état général est variable, il peut être mauvais, très mauvais ou parfait.

2^o FORME ABDOMINO-GÉNITALE. — La forme abdomino génitale réalise un tableau clinique notablement différent. A cette forme appartient notre observation I.

Le *Début* est brusque, douleur abdominale violente, syn-copale avec vomissements et fièvre. Cette crise douloureuse due à la péritonite tuberculeuse cède moins au repos que la douleur annexielle banale.

Les symptômes génitaux, sont ceux que nous avons indiqués à la forme annexite simple.

La réaction péritonéale se traduit par des vomissements, des nausées, du ballonnement du ventre, une voussure de la partie inféro-interne de l'une ou l'autre fosse iliaque. A la palpation on sent une masse dure, fixée, qui parfois, remonte jusqu'à l'ombilic. Dans la forme plastique l'utérus est immobilisé, et la masse annexielle rencontrée dans le cul-de-sac de Douglas ou les culs de sac latéraux est dure et douloureuse. Dans la forme suppurée, l'utérus est repoussé en avant, collé derrière la symphyse, dans le Douglas on perçoit une masse molle, fluctuante, douloureuse.

3^o LA FORME ASCITIQUE telle que l'a décrite Bouilly, présente tous les symptômes de la péritonite tuberculeuse avec ascite.

4^o LA FORME AVEC FISTULES. — Des fistules spontanées, ou secondaires à une intervention chirurgicale viennent parfois donner au tableau clinique un caractère spécial.

a) *Fistules spontanées.* — Se rencontrent parfois dans la région inguinale sous l'aspect de fistules tuberculeuses, orifice à bords violacés, un peu décollés, par où s'écoule du pus gru-

meleux, du caséum et dans certains cas, des gaz. Ces fistules peuvent aussi s'ouvrir dans le colon pelvien, on est alors en face du syndrome abdomino-génital avec pus dans les selles. Ces formes sont curables par le traitement chirurgical quoi qu'en disent Ollivieri et Desgouttes.

b) Fistules après interventions chirurgicales. — Vaginale après colpotomie.

Le plus souvent à l'angle inférieur de la cicatrice de laparotomie, on découvre un petit orifice violacé non induré par lequel s'écoule un pus mal lié. Ces fistules en général sans gravité, se ferment spontanément.

Dans notre obs. 1, il existe une fistule de nature tuberculeuse qui s'ouvre d'une part à l'extrémité inférieure de la cicatrice abdominale, et d'autre part dans le vagin. Il s'agit d'une fistule cutanéovaginale, qui pour guérir nécessitera peut-être l'excision du trajet.

Sont surtout à retenir au nombre des autres complications : la généralisation tuberculeuse, la méningite bacillaire, la péritonite généralisée, les poussées au niveau des poumons.

De l'étude clinique qui précède, il résulte que nous n'avons aucun signe de certitude qui nous permette d'affirmer la tuberculose génitale.

Tout au plus pourrions-nous penser à la tuberculose annexielle, quand en face d'une salpingo-ovarite chronique, sans puerpéralité ni gonococcie nous aurons soit des antécédents entachés de bacillose, soit des lésions tuberculeuses en évolution surtout au niveau des poumons.

Une annexite chez une vierge nous fera penser à la tuberculose.

L'évolution par poussées, malgré le repos au lit, la dureté, l'unilatéralité des lésions, sont en faveur de la bacillose.

Le diagnostic devra donc se faire avec toutes les annexites banales aiguës ou chroniques, le kyste de l'ovaire à pédicule tordu, la grossesse extra utérine (obs. IV).

Nous pourrions parfois soupçonner la tuberculose génitale ; la diagnostiquer, est au-dessus des ressources de la clinique.

TRAITEMENT

L'histoire du traitement de la tuberculose annexielle, reflète les grandes idées chirurgicales des diverses époques.

Vers 1865, lors de la thèse de Brouardel, la thérapeutique était uniquement médicale, c'était celle de la tuberculose par le traitement général. Les progrès de la technique chirurgicale transformèrent le traitement de la tuberculose annexielle. Si au Congrès de Rome en 1902 Amann préconisait encore le traitement médical, J. L. Faure représentait les tendances de son époque quand il disait : « Si l'intervention chirurgicale n'est pas toujours victorieuse, il nous suffit de savoir qu'elle donne souvent des résultats parfaits et des guérisons admirables ». A ce moment là, avec Faure et Pozzi, on était radical, et on enlevait largement tout foyer de tuberculose annexielle. Depuis lors, le traitement chirurgical a conquis presque tous les suffrages, mais il tend de plus en plus à devenir conservateur. En 1908 Mac Cann, en 1909 Rives précisaient cette tendance et l'appuyaient de nombreuses observations suivies de guérisons. En 1919 Rémilly écrivait : « Dans les cas d'annexite tuberculeuse simple, on est le plus économe possible, et chaque fois que les lésions paraissent limitées à un seul côté, on fait la castration unilatérale.

Les opérations conservatrices ne sont pas admises par tout le monde, Patel et Ollivieri pensent que ce traitement n'a que peu d'avantages, la grossesse restant hypothétique et pouvant même être dangereuse au cas où elle se produirait, par son retentissement sur l'état général.

Cependant la castration unilatérale a le gros avantage

d'éviter l'aménorrhée post-opératoire avec son cortège de troubles vaso-moteurs et psychiques. De ces diverses tendances, il résulte que le traitement chirurgical doit être éclectique et gradué suivant les lésions constatées.

En face du plaidoyer de J. L. Faure en faveur du traitement chirurgical, Amann énonçait toute une thérapeutique à la fois prophylactique et curative : « Il faut disait-il, surveiller les facteurs prédisposants à la localisation de la tuberculose au niveau de l'appareil génital tels que, gonococcie, état puerpéral, agir en outre contre les états congestifs chroniques des organes génitaux, favorisés par les déviations utérines, la masturbation, le coït incomplet ». A cela, il ajoute le traitement général de la tuberculose, dont le repos est le facteur primordial. Le traitement médical donne de bons résultats dans quelques cas ; mais il est infidèle, long, ne s'adresse qu'à la classe aisée, ne met pas à l'abri des complications, et ne doit aujourd'hui être retenu que comme adjuvant du traitement chirurgical.

Le plus souvent le diagnostic de tuberculose annexielle n'est pas fait, et c'est contre une annexite banale qu'on intervient. Le ventre ouvert on découvre qu'on a affaire à une tuberculose tubo-ovarienne, que faut-il faire ? C'est en général ainsi que se pose le problème.

1^o *Laparotomie simple.* — Le chirurgien peut y être contraint par la présence d'adhérences nombreuses et serrées. Nous rapportons à ce sujet une observation publiée par Monsieur le professeur Bégouin dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* 1905 (obs. XX). La guérison fut obtenue par simple laparotomie, et la malade revue deux ans après avait engraisé de dix kilos et se portait très bien.

2^o *Opérations conservatrices* dans les cas de lésions bien limitées, unilatérales, castration d'un seul côté. Ces opérations sont en outre indiquées par l'âge de la malade, sa situation sociale, son désir d'avoir des enfants.

3^o *Opérations radicales.* — Lorsque les lésions sont diffuses, lorsqu'elles sont bilatérales, on pratiquera l'hystérectomie

subtotale ou totale. L'hystérectomie totale présente l'avantage d'un drainage facile, et met à l'abri de la tuberculisation possible du col, mais c'est une intervention plus longue et plus difficile. L'une et l'autre ont leurs indications. L'incision longitudinale habituelle sera préférée à l'incision transversale de Pfannenstiel.

La voie abdominale est la seule à suivre, car si elle facilite l'intervention, elle seule permet de faire le diagnostic.

INDICATIONS OPÉRATOIRES. — La pleurésie, la tuberculose pulmonaire avancée et évolutive, constituent une contrindication absolue à l'intervention.

Une tuberculose localisée et peu évolutive est une indication à opérer.

Dans les formes aiguës, refroidir par un traitement médical long, savoir attendre, c'est du temps de gagné pour les suites opératoires, c'est une plus grande sécurité pour l'intervention. Laparotomie dans toutes les formes péritonéales froides, à laquelle on joindra si possible une intervention radicale.

Résultats du traitement sanglant. — Mortalité opératoire et post-opératoire, 8 % de méningite, généralisation granulique, péritonite.

Survies : Sur 98 malades opérées à Lyon de 1909 à 1912, 80 vivantes : 15 opérées depuis 7 à 11 ans, 54 opérées depuis plus de 3 ans.

Sur 80 survies nous avons : 59 guérisons complètes, 10 douleurs du ventre mais examen négatif, 8 guéries génitalement font de la phtisie, 3 souffrant du ventre avec lésions dans le petit bassin, avaient été opérées de laparotomie simple.

La mortalité opératoire semble liée à quatre ordres de faits.

1^o Courbe thermique avant l'intervention. Refroidissement insuffisant, intervention trop hâtive ;

2^o Les lésions ovariennes ;

3^o La péritonite, par déchirure intestinale liée à une intervention difficile avec adhérences serrées ;

4^o Lésions intestinales.

Si nous avons dit que la tuberculose ovarienne était justiciable du même traitement que la tuberculose annexielle en général, il est important de constater la fréquence des morts opératoires par péritonite bacillaire dans les localisations du processus tuberculeux sur l'ovaire.

Il semble qu'il faille dans la tuberculose de l'ovaire, être plus radical que dans la tuberculose de la trompe.

Traitement des complications.

Les fistules vésicales, intestinales, à la peau seront traitées comme les fistules tuberculeuses en général. Dans un premier temps on aura recours aux injections modificatrices d'éther iodoformé, de liquide de calot; si la guérison n'est pas obtenue, on pratiquera l'excision du trajet fistuleux.

Pour la tuberculose de l'ovaire, il semble acquis que les chances de guérison définitive sont d'autant plus grandes, que les interventions auront été plus précoces et plus larges.

OBSERVATIONS

Observation I (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Begouin)

Fernande B... 20 ans, entre à l'hôpital le 17 novembre 1920, parce qu'elle souffre du bas ventre depuis 18 mois (juin 1919).

Histoire de la maladie. — Chez une femme bien portante, bien réglée, sans pertes ni passé génital, éclate brusquement en *juin 1919 une 1^{re} crise douloureuse*. Début soudain (coup de couteau dans le côté droit du bas ventre). Température constatée, syncope de quelques minutes, vomissements, mictions pénibles, constipation opiniâtre dans les jours qui suivirent. Réglée deux jours après le début de la crise, normalement en quantité et en durée. A cette crise douloureuse qui nécessite un séjour au lit de 25 jours, fait suite une période de calme, qui permet la reprise du travail. Seule une sensation de pesanteur, provoquée par la fatigue, persiste dans le côté droit du bas-ventre.

En novembre 1920, 2^e crise douloureuse du côté gauche cette fois, début soudain en coup de couteau clouant la malade au lit. Pas de vomissements, peu de température, pas de modifications du côté des règles, pas de pertes. Entre à l'hôpital le 17 novembre 1920, bas-ventre augmenté de volume du côté gauche. Palpation douloureuse, tumeur du volume du poing dans la fosse iliaque gauche, lisse, à contours irréguliers, allant de l'ombilic au pubis. Tumeur mate. Le toucher combiné au palper révèle une petite tuméfaction dans le cul-de-sac latéral droit; cul-de-sac postérieur libre; dans le cul-de-sac latéral gauche et le cul-de-sac antérieur, grosse tuméfaction douloureuse. Utérus immobilisé. Indication thérapeutique : traitement médical.

Examinée le 21 décembre 1920. Très grande diminution du volume de la tumeur, les douleurs sont très atténuées. Plus de fièvre depuis 8 jours, une mobilité relative de l'utérus s'est substituée à l'immobilisation, on sent de petites masses annexielles, droite et gauche.

Le 25 janvier 1921. Les signes physiques ont disparu, plus de douleurs ni spontanées, ni provoquées, empâtement dans les culs-de-sacs latéraux, l'utérus est légèrement immobilisé en antéflexion. L'épreuve du lever n'ayant pendant huit jours fait apparaître aucune douleur, la malade sort guérie le 4 février 1921. Elle reprend son travail, mais souffre à la fatigue dans les deux côtés du bas-ventre.

Le 15 août 1921, 3^e crise douloureuse survenant après les règles, et revêtant les mêmes caractères que les crises précédentes. Pas de vomissements, pas de température, douleur maxima dans le côté gauche du bas-ventre. Le repos au lit, le traitement médical, apportèrent une notable amélioration. Entre à l'hôpital le 4 octobre 1921.

Examen à l'entrée, volumineuse tuméfaction dans la fosse iliaque gauche, remplissant les culs-de-sac latéral gauche et antérieur. Mise au repos et au traitement médical pendant 1 mois, les meilleures conditions opératoires semblant être réalisées. M. le Professeur agrégé Papin, intervient le 4 novembre 1921.

Diagnostic. — Salpingo-ovarite.

Antécédents : Santé fragile, adénopathie cervicale dans l'enfance.

Technique opératoire. — Anesthésie à l'éther.

Hystérectomie sub-totale.

A l'ouverture du ventre, bassin masqué par des adhérences coliques et intestinales; on libère deux anses grêles dont la séreuse est endommagée, libération partielle de la vessie en avant. On commence la castration par la gauche, on sectionne le ligament rond ce qui permet d'entrer dans le ligament large. Hystérectomie à l'américaine de gauche à droite, la masse annexielle droite étant en effet la plus adhérente. La péritonisation peut cependant se refaire complète, et les deux anses grêles libérées au début sont recouvertes d'une greffe épiploïque, leur enfouissement étant impossible. Drainage abdominal.

Examen de la pièce. — Macroscopiquement, lésions surtout ovariennes, ovaires gros comme des mandarines, offrant à la coupe des cavités remplies de pus caséeux, le tout dans un tissu lardacé. Des deux côtés, hydrosalpinx.

Examen microscopique pratiqué par M. le Pr Sabrazès. — Ovaire chroniquement enflammé avec foyer de polynucléose; dans certaines zones, il y a des foyers de fibromyomatose. Pas de résidus de corps jaunes ni de follicules. Dans l'ovaire, et au pourtour de l'ovaire, tubercules typiques. En somme tuberculose ovarienne et péri-ovarienne.

Suites opératoires. — Le drain mis en place à la fin de l'intervention fut enlevé 24 heures après. 8 jours après l'opération, suppuration au niveau de l'angle inférieur de l'incision de laparotomie, remise en place d'un drain. La plaie cicatrise par première intention, sauf à son extrémité inférieure, il subsiste un trajet fistuleux qui se dirige dans la fosse iliaque droite et qui donne issue d'abord à du pus d'aspect tuberculeux, puis à une sérosité gommeuse. En même temps, pertes vaginales, présentant le même aspect que le pus qui sortait de la plaie.

Le 14 décembre. Cystite, pyurie, douleur à la fin de la miction. Rein droit douloureux. Elévation thermique, 38°, Pouls à 132. Etat général altéré.

Le 17 décembre, tout est rentré dans l'ordre, seul persiste un empâtement dur dans le cul de-sac latéral droit.

Le 29 janvier. Les phénomènes de cystite ont rétrocedé (theobromine intraveineuse), la malade se lève, ne souffre pas, la petite fistule n'est pas complètement tarie. L'état général est parfait, le teint est bien coloré, pas de température.

Le 7 février. Un liquide coloré injecté dans l'orifice fistuleux, passe par le vagin; il s'agit donc d'une fistule cutanéovaginale.

Observation II

Tuberculose hypertrophique de l'ovaire

Tédenat, présentée par J. Martin, Soc. des sc. médicales
de Montpellier 1909

Mme J. R... 36 ans, entre à l'hôpital avec le diagnostic de fibrome utérin. Tumeur constatée il y a 2 ans, sans douleurs abdominales. Règles durent 5 jours, moins abondantes qu'autrefois, pas de caillots, pas de pertes blanches.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Régée à 12 ans 1/2, normalement. Deux accouchements normaux, une fausse couche de 3 mois de cause inconnue, suivie d'assez fortes métrorragies. Rien à l'auscultation. Foyer d'ostéite tuberculeuse du calcanéum gauche.

Examen gynécologique. — Col déchiré à gauche regarde en arrière. Dans l'excavation on sent une masse dure, arrondie qui semble faire corps avec l'utérus, douloureuse à la pression profonde.

Intervention 18 décembre 1908. Laparotomie médiane, quelques adhérences. L'utérus refoulé à gauche et en avant est flanqué sur son côté droit et postérieur d'une tumeur gris blanc. La main fait le tour de la tumeur, détache des adhérences diffuses avec l'utérus auquel la tumeur tient par un ligament épais comme le petit doigt, long de 2 centimètres; c'est le ligament utéro-ovarien qui paraît tordu, on le sectionne. La trompe est adhérente à cette tumeur qui est ovariennne. Annexes gauches normales. L'utérus est amputé au niveau de l'isthme sur la surface de coupe on voit des foyers jaunâtres qui ressemblent à des foyers caséux.

Examen de la pièce. — Tumeur blanc nacré, pèse 450 grammes, semble développée aux dépens de l'ovaire dont elle occupe la situation. Dure, non friable, s'est fissurée pendant l'intervention. Sur une coupe on trouve une couche corticale de 4 à 5 centimètres, blanche rappelant l'aspect des fibromes. La partie centrale est jaunâtre, présente quelques géodes, la substance qui la compose est dure et ne présente nullement l'aspect de dégénérescence tuberculeuse. La couche superficielle émet des prolongements qui divisent la substance centrale en gros fascicules. Le diagnostic semble être fibrome de l'ovaire en dégénérescence graisseuse ou tuberculeuse.

Examen histologique (dû à M. le Professeur Bosc). — Dans la partie corticale, on reconnaît le tissu ovarien avec des follicules hypertrophiés, par place dans cette couche corticale on trouve des cellules épithélioïdes entourées de cellules embryonnaires. Au-dessous de cette couche de faible épaisseur, on trouve des follicules tuberculeux nettement développés avec cellules géantes centrales et autour large zone de cellules rondes. Ces follicules se réunissent et forment de longs placards arrondis encore limités et constitués par des amas de cellu-

les géantes au centre et par un tissu lâche de néocapillaires et par un reticulum dans les mailles duquel on trouve des cellules embryonnaires peu nombreuses. Entre les foyers, réaction conjonctive tendant vers le tissu adulte. Plus on va vers le centre de la tumeur, plus s'affirme la dégénérescence fibro-caséuse.

Diagnostic. — Tuberculose hypertrophique de l'ovaire avec dégénérescence fibro-caséuse.

Utérus, tuberculose diffuse. Trompes rien à signaler. La malade revue 1 an après est en parfaite santé.

Observation III

Volumineux abcès froid de l'ovaire

(M. Bouget, *Soc. des sc. médicales de Lyon*, 7 février 1921)

Lyon médical, 28 avril 1921

Mme Marie B..., 51 ans rentière. Adénite cervicale chronique sans suppuration à l'âge de 10 ans. Rougeole à 13 ans. Excellente santé n'a jamais ni toussé, ni craché. Aucun stigmate de syphilis. Réglée à 15 ans, mariée à 25, ni enfants, ni fausses-couches. Toujours très bien réglée jusqu'en 1911, ménopause. Alors apparaissent les premiers troubles, anorexie, amaigrissement, alternatives de diarrhée et de constipation. Mise au repos les phénomènes s'amendent, elle vient à l'hôpital pour demander vérification du diagnostic de fibrome qui avait été porté. Le Dr Albertin fait le diagnostic de kyste ovarique gauche plaquant l'utérus.

Laparotomie sous-ombilicale, médiane, le péritoine viscéral est couvert de granulations tuberculeuses généralisées. Pas d'ascite, une cuillerée de sérosité louche dans le Douglas. Le kyste ovarique est enlevé avec la trompe. Quelques granulations sous-séreuses de la trompe, mais au même titre que celles rencontrées sur les autres viscères. Castration unilatérale, péritonisation du moignon, pas de drainage.

Examen de la pièce. — Kyste à parois épaisses pesant 2 kilogrammes. Trompe tout à fait indépendante de ce kyste, souple, non obli-

térée à son orifice abdominal et ne présentant que quelques nodules sous-séreux. Kyste uniloculaire, pus grumeleux blanchâtre semblable à celui d'un abcès froid, poche épaisse granuleuse à son intérieur. On ne retrouve nulle part ailleurs un tissu pouvant faire penser à l'ovaire, on admet forcément qu'il s'agit d'une collection purulente qui a envahi et détruit tout l'ovaire.

Examen histologique. (MM. Beriel et Savy). — Paroi de l'abcès constituée de trois couches :

1^o Couche moyenne, tissu cellulaire très jeune avec capillaires;

2^o Couche externe sous péritonéale, présente des éléments inflammatoires abondants, prenant l'aspect de petits tubercules avec centre vitrifié et débris cellulaires en voie de nécrose. Par place débris de l'épithélium cubique de l'ovaire.

3^o Couche interne représente vraiment le type de la membrane pyogène de l'abcès froid, anfractueuse, irrégulière, avec quelques fragments épithéliaux au niveau d'invaginations pseudo-glandulaires. L'élément inflammatoire prend nettement le type nodulaire de la lésion tuberculeuse. Quelques cellules géantes avec couronne de cellules épithélioïdes.

Au niveau de trompe nodules tuberculeux sous-péritonéaux auxquels s'ajoutent quelques rares nodules interstitiels.

Pas de microbes à l'examen direct du pus. Les cultures n'ont pas révélé la présence de bacilles de Koch. L'inoculation faite au cobaye, l'animal sacrifié trop tôt présentait néanmoins de nombreux ganglions lombaires et inguinaux.

Revue 15 jours après la malade va bien. Parfois T. 38°5 qui semble liée à sa tuberculose péritonéale. Rien au niveau de ses poumons de cliniquement appréciable.

Observation IV.

(Murard et Patel Soc. des sc. Médicales de Lyon, 15 nov. 1911
Lyon Médical, 28 janvier 1912).

*Bacillose de l'ovaire avec propagation péritonéale
simulant une grossesse tubaire.*

Jeune femme de 19 ans, mariée depuis 6 mois, venant consulter pour un retard de règles de 3 mois,

Elle raconte qu'à l'âge de 10 ans, elle avait présenté dans la fosse iliaque droite les signes d'un abcès qui s'était spontanément ouvert dans la vessie.

Au toucher, utérus infantile, avec sur son côté droit, une masse qui lui est accolée, mobilisable indépendamment, non douloureuse, du volume d'une mandarine.

Les seins avaient gonflé, étaient un peu douloureux, pas de température.

La malade fut mise au repos, en observation pendant 15 jours au bout desquels aucune modification, soit du côté de la tumeur, soit du côté des règles n'était survenue. On fit le diagnostic de grossesse tubaire et la malade fut opérée.

L'intervention montra qu'il s'agissait de tuberculose ovarienne. Le territoire du petit bassin était semé de granulations, les anses étaient accolées par des adhérences lâches, on fit l'ablation de l'ovaire droit et on referma. Le diagnostic fut vérifié par l'examen microscopique. Actuellement la malade va très bien elle a engraisé et se trouve très satisfaite de l'opération.

Cette observation nous montre que l'erreur de diagnostic est possible avec la grossesse tubaire et en plus elle nous démontre que la tuberculose ovarienne a tendance à se propager au péritoine.

Observation V.

(Jacobs, *Centralblatt für Gynäk* p. 78, 1893).

Femme de 24 ans en janvier 1892, paramétrite purulente gauche après accouchement difficile; le pus se fit jour à travers la paroi abdominale et une fistule s'établit au-dessus de l'arcade de Fallope. Peu de temps après nouvelle grossesse, au 3^e mois mêmes phénomènes aigus de paramétrite. A l'examen, gros utérus, cul de sac latéral gauche induré. Au 7^e mois gros écoulement de pus par la fistule avec des matières fécales, avortement et persistance d'écoulement purulent, une grosse tumeur dure douloureuse bombe dans le cul de sac latéral gauche, le diagnostic de nature de la tumeur n'est pas fait. Amaigrissement, cachexie. Laparotomie sur la ligne médiane. La tumeur est dissimulée

par un épais tapis d'adhérences avec l'épiploon et l'intestin. Une deuxième incision menée par la fistule découvre une tumeur bosselée adhérente, elle se rompt, et il s'écoule un flot de pus. Le pavillon de la trompe est induré et épaissi. Cette tumeur, accolée à l'intestin s'ouvrait dans l'S iliaque. Il persiste une petite fistule par laquelle s'écoule parfois des matières fécales. Paroi refermée, suite opératoire bonne.

Examen de la tumeur.— Volume d'une orange, irrégulière bosselée. A la coupe on remarque plusieurs foyers d'inégale grandeur remplis de pus, le tissu de l'ovaire est parsemé de petits foyers tuberculeux ramollis. Le pus renferme des bacilles tuberculeux en assez grande abondance. La trompe n'a que des lésions peu avancées de salpingite interstitielle. La malade ne se rétablit pas, elle maigrit, et ses poumons qui étaient cliniquement normaux au moment de l'intervention présentent des symptômes nets de tuberculose.

Donc abcès froids de l'ovaire, avec grosse collection purulente péri-ovarienne, s'ouvrant dans l'S iliaque et à la paroi abdominale.

Observation VI.

(Dalché thèse de Paris, 1885).

Ovarite tuberculeuse double primitive. Méningite tuberculeuse.

Femme de 19 ans. A l'examen on constate tout autour de l'utérus un empâtement avec prédominance dans les ligaments larges. Traitement médical. Double phlegmasie des deux jambes. Les lésions ne s'amendent pas, tumeurs dures bombant dans les deux culs de sac latéraux. Un an après, céphalalgie, diarrhée, attaques épileptiformes mort dans le coma avec strabisme de l'œil gauche.

Autopsie. — Tuberculose encéphalo méningée..

Utérus normal mais adhérent à l'S iliaque, à la vessie. La trompe gauche est augmentée de volume et de longueur. Ovaire gauche sphérique, 3 cm. de diamètre, adhère à l'S iliaque, à l'utérus le long duquel il est tombé. L'ovaire est creusé d'une cavité purulente qui communique avec l'intestin.

A droite, la trompe est grosse, ovaire suppuré de 4 cm. de diamètre. Les cavités purulentes creusées dans les ovaires, sont vastes, la coque qui les limite est épaisse de 0 cm. 5.

Au microscope, ovarite tuberculeuse, au voisinage de l'abcès lésions types, avec cellules géantes avec couronne de cellules embryonnaires et épithélioïdes. Ces tubercules types sont disséminés dans toute la paroi de l'abcès ovarien surtout dans la couche ovigène.

Les trompes présentent des lésions tuberculeuses très discrètes et à un stade de développement très peu avancé.

Observation VII.

(Négré, *Bulletin de la société anatomique*, 1863).

Femme de 31 ans, meurt de tuberculose pulmonaire.

A l'autopsie. — Lésions pulmonaires de tuberculose cavitaire. Trompe droite dilatée, flexueuse, parois transparentes opalines. Pavillon dilaté accolé à l'ovaire tombé dans le Douglas et adhérent à la face postérieure de l'utérus. Le liquide contenu dans la trompe est clair, il s'agit d'un hydrosalpinx. Dans l'ovaire droit gros tubercule ramolli en son centre, l'ovaire gauche est infiltré de tubercules qui se trouvent au milieu d'un tissu lie de vin et porte un kyste séreux gros comme une noisette.

Au microscope ces lésions étaient nettement tuberculeuses. Pas de follicules tuberculeux sur la trompe. Pas de salpingite interstitielle.

Observation VIII.

(Ed. Walther, *Trans. Path. soc. London*, 1889).

Tuberculose primitive de l'ovaire droit.

Femme de 34 ans mariée, ni enfants, ni fausses couches. 6 mois avant son entrée à l'hôpital douleurs violentes dans le bas-ventre suivies de l'ouverture d'un abcès dans le vagin; à son entrée abcès de

la région inguinale incisé, qui communique avec celui ouvert dans le vagin. Un mois après laparotomie, castration double. Mort.

Autopsie. — Utérus fibromateux sans lésions tuberculeuses. Les deux trompes sont distendues.

L'ovaire droit, suppuré présentait une cavité grosse comme une noix, mais vide. L'examen histologique montra sans aucun doute des lésions de tuberculose miliaire.

Dégénérescence de l'ovaire gauche. Aucune lésion tuberculeuse dans les autres organes.

Observation IX.

(Ed. Walther Trans. Path. Soc. London, 1889).

Femme 30 ans. Dès l'âge de 15 ans douleurs pelviennes avec évacuations purulentes par l'anus. Apparition d'une tuméfaction à la partie inféro-latérale droite de l'abdomen. Gros ganglions au niveau du cou.

Tumeur retro-utérine ovaire et trompe droite enlevés, ne formant qu'une masse unie par des adhérences. Mort au bout de 4 jours.

Autopsie. — Ovaire droit creusé d'une vaste cavité purulente de 5 cm. sur 4 cm., la coque de cette cavité est bourrée de follicules tuberculeux types avec cellules géantes. La trompe, dont la paroi est épaissie présente des follicules tuberculeux, surtout sous-séreux, aucun en voie de ramollissement avancé, ni de caséification. Nous concluons qu'il s'agit de tuberculose ovarienne qui a infecté secondairement le péritoine et la trompe.

Observation X.

(Gemmell, *Revue de Gynécologie*, 1903, p. 680).

Tuberculose primitive des ovaires.

Femme de 26 ans, mariée depuis 2 ans 1/2. Ni enfant ni fausse couche, 3 mois après son mariage pelvi-péritonite. Le 21 août 1902

(2 ans après son mariage), dilatation du col, curettage en vue de guérir sa dysménorrhée et sa stérilité. Menstruations deviennent normales. En novembre, gonflement considérable du côté droit. Tumeur très adhérente se déchire à sa paroi inférieure, il s'écoule un pus fétide. A gauche ovaire adhérent à l'anse sigmoïde, dur et bourré de masses caséeuses. La trompe contenait de petites masses calcaires. Pas de pyosalpinx, ni de tuberculose miliaire de la trompe. Aucun signe de tuberculose dans les autres organes.

Le pus trouvé dans la tumeur ovarienne droite contenait des microbes pyogènes, mais pas de bacilles de Koch.

L'examen microscopique de l'ovaire, montra des lésions nettes de tuberculose avancée, follicules tuberculeux avec cellules géantes caractéristiques. L'examen histologique de la trompe ne permit de constater aucune lésion tuberculeuse.

Observation XI.

(Glockner, *Centralblatt f. Gyn.*, 1904, T. I, p. 702).

Carcinome et tuberculose de l'ovaire.

Jeune fille 20 ans, état fébrile et septique grave. Sommets infiltrés. Tumeur abdominale diagnostiquée kyste de l'ovaire avec septicémie. Ablation vaginale de l'utérus et de l'ovaire hypertrophié.

Histologiquement, il s'agissait d'une tumeur épithéliale de l'ovaire droit, dans le stroma de laquelle on trouve des petits follicules nombreux, avec au centre des cellules géantes et des points de dégénérescence caséuse. En d'autres points le stroma présente des granulations tuberculeuses diffuses avec cellules géantes et caséification.

L'ovaire gauche est intact dans sa moitié interne, sa moitié externe présente des nodules tuberculeux. Le péritoine paraît être indemne de lésions tuberculeuses. La lésion pulmonaire serait primitive, et l'infection de l'ovaire par voie sanguine s'explique parfaitement.

Observation XII.

(Bouilly, *Revue de Chirurgie*, 1901. Gorowitz).

Bich..., 20 ans, entre à l'hôpital parce que son ventre a grossi rapidement depuis 5 mois, sans fièvre, sans cause appréciable, sans douleurs. Sœur opérée de péritonite tuberculeuse. Réglée normalement de 14 à 15 ans; aménorrhée depuis 5 ans, le soir T. 39°. Quelques sueurs la nuit. Gros ventre, ascite libre.

Respiration rude au sommet, pas de tuberculose pulmonaire avancée.

Diagnostic. — Ascite tuberculeuse.

Intervention. — 10 litres de liquide citrin libre dans l'abdomen. Le péritoine paraît sain ainsi què les trompes. Quelques granulations sur le fond de l'utérus.

Les deux ovaires sont augmentés de volume, ils présentent des lésions de tuberculose avancée; ils sont enlevés. Les lésions ont été constatées au microscope. La malade fait une petite poussée de bacillose pulmonaire qui s'amende en 8 jours. Guérison, la malade revue va bien.

Observation XIII.

Tuberculose primitive de l'ovaire.

(G. J. Tomson. *Revue de Gynécol.* 1906).

Femme de 25 ans primipare, aménorrhée depuis 3 mois. Tuberculose de l'ovaire gauche probablement primitive, pelvipéritonite purulente, rien dans les autres organes. Colpotomie, extirpation de l'ovaire, l'examen microscopique, dénote la présence dans l'ovaire de nodules tuberculeux, tissu épithélioïde, masses caséeuses et cellules géantes. Revue 4 ans après dans un état de santé florissante; les règles n'ont pas reparu.

Observation XIV.

G. J. Tomson, *Revue de Gynécol.* de 1906, p. 165).

Femme âgée de 22 ans, pelvipéritonite et paramétrite purulentes. Tuberculose des ovaires. Tuberculose rénale pulmonaire et péritonéale, lymphadénite purulente. On pratique successivement 3 colpotomies pour évacuer les collections purulentes, une laparotomie avec ablation des ovaires malades, enfin une néphrectomie d'un rein tuberculeux. Mort 3 semaines après cette dernière intervention.

D'après la marche clinique de la maladie, et les constatations faites à l'autopsie, il est probable que la propagation des lésions s'est faite dans l'ordre suivant : Ganglions axillaires, poumon gauche, ovaires, reins, poumon droit, péritoine. Ce fait est intéressant par ce fait que la tuberculose secondaire des organes génitaux ne s'est fixée que sur l'ovaire, à l'exclusion absolue de l'utérus et surtout des trompes qui sont microscopiquement indemnes. — Williams, Wolff, Glockner ont signalé des cas analogues.

Observation XV.

Otto V. Franqué, *Zeitsch. f. Geburtisch u. Gyn.* Bd. 37.

Femme de 34 ans, 4 grossesses entre à l'hôpital le 8 février 1897.

Bien réglée depuis 7 ans, douleurs dans le bas-ventre plus prononcée depuis 6 semaines. Le mari est mort de tuberculose pulmonaire. Utérus en retroflexion, dans le cul-de-sac gauche une tumeur peu mobile du volume d'une orange. Diagnostic : tumeur solide de l'ovaire. Opération le 12 février 1897 par colpotomie, la tumeur présente des adhérences avec les organes voisins, on l'enlève difficilement. L'ovaire droit ne pouvant être enlevée par suite des adhérences est laissé en place, la trompe seule est extirpée.

Tumeur du volume d'une mandarine, la trompe est augmentée de volume. A la coupe de l'ovaire on trouve au niveau du centre des

cellules géantes et des cellules épithélioïdes caractéristiques de la tuberculose. La trompe est normale, sauf au niveau de son pavillon où on trouve des lésions de catarrhe aigu, mais aucune lésion tuberculeuse.

Observation XVI (*résumée*).

Patel, in thèse Olivier Lyon 1911-1912.

L..., 22 ans opérée en septembre 1908 on fit une castration totale pour tuberculose ovarienne cliniquement primitive. Il fut impossible de trouver au niveau des organes génitaux d'autres localisations tuberculeuses.

La malade revue 3 ans après n'a pas engraisé et le toucher révèle une légère douleur abdominale.

Observation XVII (*résumée*).

Patel, in thèse Olivier Lyon 1911-1912.

Tuberculose de l'ovaire droit, sous forme de gros abcès froid. Granulations sur l'intestin; les trompes sont absolument indemnes de tuberculose. Castration unilatérale. La malade revue va très bien.

Observation XVIII.

Senni, *Gazetta degli ospedali* 1904.

Tuberculose primitive des deux ovaires herniés.

Agnès, 34 ans, domestique, hospitalisée le 3 février 1903 pour hernie inguinale gauche étranglée.

Bon état général. N'a jamais été réglée, n'a jamais dit-elle éprouvé de désirs sexuels, la membrane hymen est intacte.

A 16 ans, apparaissent à droite et à gauche deux hernies inguinales; un bandage est porté sans bénéfice. Deux ans après (il y a 14 ans) les

hernies deviennent douloureuses par périodes nécessitant le repos au lit. Subitement en février 1903 phénomènes d'étranglement à gauche (vomissements, irréductibilité) qui provoquent l'hospitalisation. A gauche, dans la région inguinale, douloureuse tuméfaction, arrondie, régulière, recouverte d'une peau normale, fluctuante et élastique. La pression du doigt révèle la présence d'un corps dur, irrégulier, fixé dans la profondeur et entouré de liquide.

Opération d'urgence, on isole un gros sac entouré de liquide hémattique, le sac contient un ovaire du volume d'une orange, on en fait l'ablation. Trompe petite, rosée, souple, d'aspect absolument normal. Guérison au 8^e jour.

Examen anatomo-pathologique. — Ovaire augmenté de volume en dégénérescence kystique avec quelques cavités purulentes à paroi épaissies. Le tissu propre de l'ovaire est en totalité remplacé par des masses grisâtres contenant du caséum.

Au microscope la couche corticale est dépourvue de follicules et d'ovules, elle est parsemée de petites cavernules, limitées par un tissu conjonctif inflammatoire. Cette couche corticale contient en outre de nombreux tubercules avec cellules géantes, *deux préparations sur huit ont révélé la présence de Bacilles de Koch.* Le 4 mars la hernie droite est opérée, petite hernie du volume d'une grosse noix, n'apparaissant qu'à l'effort. L'intervention conduit à l'ablation d'un corps hernié qui est l'ovaire droit. Tous les organes pelviens examinés avec soin, péritoine, trompe, intestin étaient macroscopiquement sains.

L'examen histologique de l'ovaire droit fut en tout point comparable à celui de l'ovaire gauche, seule la présence de bacilles de Koch n'a pu être décelée.

Revue 3 mois après la malade est en parfaite santé.

Observation XIX.

(Rives, *thèse de Montpellier*, 1909-1910).

R. S. 31 ans entre à l'hôpital le 25 avril 1906 pour douleurs abdominales siégeant à gauche, apparues il y a 2 mois. Typhoïde il y a 1 an Sommet droit induré, expiration prolongée. Antécédents héréditaires :

nuls. Douleur au point annexiel gauche augmentée par la fatigue. Col repoussé vers la droite, cul de sac latéral gauche et postérieur remplis par une masse indurée douloureuse à la pression.

Diagnostic. — Annexite gauche. On pense à la bacillose ou à une complication éberthienne tardive.

Laparotomie sous-ombilicale. Tumeur annexielle gauche du volume du poing. Hystérectomie subtotal, la tumeur très adhérente se déchire, du pus verdâtre s'écoule, il reste un fragment de la poche impossible à décoller de la paroi postérieure du bassin. Péritonisation, drainage.

Examen microscopique. — (Professeur Bosc). L'ovaire n'est pas visible; il est remplacé par un kyste du volume d'un œuf. Une section de la paroi montre à la partie postérieure un reste de tissu ovarien cette paroi est formée par un tissu infiltré de petites cellules rondes, renfermant à intervalles rapprochés des follicules tuberculeux diffus à volumineuses cellules géantes, à caséification rapide, se désagrégeant dans la cavité de la tumeur. Au-dessous zone de tissu ovarien parsemé de foyers de cellules rondes. En résumé tuberculose folliculaire de l'ovaire à marche rapide. Utérus et trompes indemnes.

Observation XX.

(Bégouin, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1905, p. 558).

Trailement de la tuberculose annexielle par simple laparotomie.

Femme de 28 ans, douleurs dans le bas-ventre, enfance chétive, réglée à 13 ans, normalement. Pleurésie à 8 ans, ni grossesse ni fausse couche. Il y a 4 ans (1901) le ventre devient douloureux aménorrhée, ascite. Depuis cette époque douleur dans le bas-ventre à la moindre fatigue. Une métrorragie il y a 3 mois, on sent un utérus fixé et de chaque côté de lui, surtout à droite, des tuméfactions un peu moins grosses que le poing, bosselées, irrégulières, immobiles et douloureuses. Pas d'ascite.

Diagnostic. — Double salpingo-ovarite chronique. L'histoire de la maladie, avec la pleurésie et la péritonite spontanée, firent penser à la nature tuberculeuse probable de cette annexite.

Laparotomie. Le péritoine sous-ombilical et le grand épiploon sont parsemés de granulations tuberculeuses. Ils formaient avec les anses intestinales, l'utérus et les annexes que je ne vis pas, un fouillis tellement inextricable dans le petit bassin que je renonçai à découvrir et à enlever les annexes.

Sept mois après je revis la malade très bien, ayant engraisé de 10 kilos, et pouvant travailler toute la journée sans fatigue. Localement aucune douleur, utérus mobile, rien d'anormal sur ses côtés, tout était souple, aucune tuméfaction annexielle. La guérison persiste depuis 2 ans, et semble définitive.

Nous rapportons cette observation, pour montrer le résultat heureux obtenu par simple laparatomie dans une annexite tuberculeuse avec adhérences multiples.

CONCLUSIONS

I. La tuberculose isolée ou prédominante de l'ovaire est une affection très rare. Nous n'en avons rencontré que 20 observations avec examen microscopique.

II. Elle est presque toujours secondaire à une localisation tuberculeuse dans un autre organe; mais elle peut être primitive. Les lésions constatées au niveau de l'ovaire présentent les éléments typiques de la tuberculose : cellules géantes, cellules épithélioïdes, ramollissement caséeux aboutissant à l'abcès froid, exceptionnellement bacilles de Koch.

III. La tuberculose de l'ovaire est grave surtout par ses complications : péritonite tuberculeuse, fistules dans la vessie, le rectum, le vagin, parfois à la paroi abdominale; la généralisation surtout est à craindre, les germes peuvent pénétrer dans le torrent circulatoire, et la granulie en être la conséquence.

IV. Dans les formes non hypervirulentes évoluant chez des femmes non cachectiques, la guérison peut être obtenue par le traitement chirurgical précoce. La voie abdominale est la voie de choix, après laparotomie, l'examen direct des lésions dictera au chirurgien la nature de son intervention.

Conservatrice, si le processus tuberculeux est limité à un seul ovaire chez une femme jeune qui avec sa fonction ovarienne, gardera la possibilité d'avoir des enfants :

Radicale si les lésions sont diffuses, si la femme appartient à la classe laborieuse, enfin si elle a franchi l'âge de la ménopause.

Le traitement de la tuberculose ovarienne doit être écclectique et gradué suivant les lésions constatées.

Vu :
Le Doyen,
Dr C. SIGALAS :

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
P. BÉGOUIN

Vu et permis d'imprimer
Bordeaux, le 4 Février 1922

Le Recteur de l'Académie
R. THAMIN

BIBLIOGRAPHIE

- Abadie.** — Deux formes de tuberculose génitale chez la femme (*Gynécologie*, Paris 1912).
- Albertin et Bouget.** — Volumineux abcès froid de l'ovaire. Soc. sciences Méd. de Lyon, 7 février 1912. (*Lyon médical*, 28 avril 1912, p. 925).
- Amann.** — Congrès international de Gynécologie de Rome 1902, (in *Revue de Gynécologie et chir. abd.* 1902).
- Arrivat.** — Tuberculose annexielle (*Montpellier médical* 1912 et 1913), (*Semaine gynecol* de Paris, 1913).
- Arrivat Marcel.** — Thèse de Montpellier 1916-1917. Les grands kystes hématiques de l'ovaire.
- Bauereisen.** — Les voies d'extension de la tuberculose génitale, (*Arch. f. Gyn.* 1912).
- Baumgarten.** — Direction du sens de propagation dans les voies génitales de la femme (*Berliner Klin. Woch.* 1907, n° 3).
- Bégouin.** — Annexite et péritonite tuberculeuses. Guérison par simple laparotomie. (*Journal de Méd. de Bordeaux*, 30 juillet 1905, p. 558).
- Benso.** — Tuberculose de l'ovaire. (*Rassegna d'ostet. et ginec* Napoli 1917, XXVI).
- Berkeley.** — *Journal of obst. and gyn. of the British Empire*, janvier 1903.
- Bernheim.** — Tuberculose primitive des organes génitaux de la femme (*Belgique médicale*, 1900, n° 38).
- Bilig (Mlle).** — Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose utéro-annexielle. (*Thèse de Montpellier*, 1913-1914).
- Bouilly.** — De l'ascite essentielle des jeunes filles. (*Sem. gyn.* 1896), (*Société de chirurgie*, oct. 1893).

- Brohl.** — Tuberculose de l'ovaire. (*Soc. obst. et gyn. de Cologne*, 13 juillet 1910).
- Brouardel.** — Tuberculose des organes génitaux de la femme. (*Thèse* Paris, 1865).
- Browning.** — Un cas de tuberculose de l'ovaire traité par la tuberculine. (*Month cycl. aud. Médical Bulletin* Philadelphie, II, 1909).
- Celler.** — Report of two cases of tuberculosis of the ovary. (*American journal of obstetric*, New-York, 1904).
- Chaufton.** — Tuberculose annexielle. (*Thèse* de Paris, 1905).
- Chausse (M.).** — Trois cas de tuberculose annexielle, *Thèse* de Montpellier, 1918).
- Cohn.** — Tuberculose de l'ovaire. (*Arch. fur Gyn.* 1912, XCVI).
- Cornil.** — Notes sur les tubercules de l'ovaire. (*Bulletin et mémoires de la société anatomique de Paris*, mai 1905).
- Cotte.** — Dysménorrhée d'origine tuberculeuse. (*Gazette des hôpitaux*, oct. 1909).
- Cullen.** — Tuberculose des organes pelviens chez la femme. (*The Lancet*, 1913-14).
- Dalché.** — *Thèse* de Paris, 1885. De l'ovarite.)
- Delore et Chaliel.** — Tuberculose génitale chez l'homme et chez la femme 1 vol. in-18, 1920, G. Doin, éd.
- Dervaux.** — Tuberculose génitale de la femme et ses complications péritonéales (*Thèse* de Paris, 1903).
- Durand.** — Castration totale dans la tuberculose annexielle. (*Revue prat. de gynec. et d'obstétrique*, 1906).
- Edmunds.** — Specimen of tubercular disease of ovary. (*Trans. of the path. soc. of London*, 1889).
- Engelhorn.** — Contribution expérimentale à l'étude de la tuberculose génitale chez la femme (*Arch. fur gyn.* 1912, Bd. XVII).
- Erny.** — Ovarite scléro kystique essentielle et tuberculose. (*Thèse* Lyon, 1918-1919).
- J. L. Faure.** — Congrès international de Gynécologie, Rome 1902. (in *Revue de gyn. et chir. abd.*, 1902).
- Faure et Siredey.** Traité de gynécologie.
- Forgue et Chauvin.** — Tuberculose d'un kyste de l'ovaire. (*Revue de chirurgie*, Nov. Déc. 1919).
- Forgue et Massabeau.** — Traité de Gynécologie, t. 34 (Le Dentu et Delbet),

- Otto v. Franqué.** — (*Zeitschr. f. Geburtsch.*, Gyn. Bd. 37).
- Gemmell.** — Tuberculose primitive des ovaires (*Revue de gynecol.*, 1903)
- Glockner.** — Cancer et tuberculose de l'ovaire. (*Centralblatt f. Gyn.*, 1904).
- Goodall.** — *American journal of obstetric*, 1907.
- Gorowitz.** — Thèse de Paris, 1900 (*Revue de chirurgie*, 1901).
- Goullioud.** — Kyste de l'ovaire tuberculeux. (*Soc. de chirurgie de Lyon*, 1905).
- Guillemain.** — Tuberculose de l'ovaire (*Revue de chirurgie*, 1894).
- Hansemann.** — Tuberculose des organes génitaux et du péritoine chez la femme (*American journal of obstetric*, 1903).
- Jacobs.** — *Soc. d'obst et gyn.* de Bruxelles, 1900.
— *Centralblatt fur gyn.* p. 75, 1893.
- de Jong (Mlle L.).** — L'ovaire chez la femme, la glande interstitielle chez la tuberculeuse et la fibromateuse. (*Thèse de Paris*, 1913-1914)
- Jonas W.** — Contribution à l'étude de la tuberculose génitale chez la femme et de sa genèse. (*Rev. de Gynec.* 1911. p. 409).
- Konrad.** — Tuberculose de l'ovaire (*Centralblatt f. gyn.*, 1904).
- Kotschau.** — *Arch. f. Gyn.* t. XXXI, p. 225, 1887.
- Labadie-Lagrave-Legueu.** — Traité médico chirurgical de gynécologie.
- Labhardt.** — *Semaine médicale*, 1912.
- Landouzy.** — Les voies conceptionnelles et transplacentaires de pénétration de la tuberculose. (*Revue de gynec.*, 1911).
- Lauwers.** — Tuberculose des deux ovaires. (*Bulletin de la Société belge de gyn. et d'obstétrique de Bruxelles*, 1898-1899).
- Lea.** — *The Lancet*, 15 août 1903.
- Lefèvre et Loubat.** — Un cas de kyste tuberculeux de l'ovaire. (*Journ. méd.* de Bordeaux, 1913).
- Lenormant.** — Tuberculose génitale chez la femme. (*Progrès médical*, 1909).
- Lépine.** — Tuberculose ovarique primitive. (*Bull. soc. anat.* 1873).
- Leuret.** — Etude clinique, sur les rapports de la péritonite tuberculeuse, et de la tuberculose génitale chez la femme. (*Thèse de Paris* 1903).
- Logothépoulos.** — Tuberculose des kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires (*Centralblatt f. gyn.*, 1908).

- Martin J.** — Tuberculose hypertrophique de l'ovaire. (*Soc. sc. médicales* Montpellier, 1909).
- Martin.** — Tuberculose annexielle (*Thèse de Lyon*, 1914).
- Martin A.** — (de Greefswald) Tuberculose génitale. Congrès international de gynécol. Rome 1902. (*Revue de gyn. et chir. abdominale* 1902).
- Mauclaire.** — Tuberculose génitale de la femme. (*Rev. internat. de la tuberculose*, Paris 1912).
- Munaret.** — Tuberculose primitive des ovaires. (*Thèse de Lyon*, 1898-1899).
- Murard et Patel.** — Tuberculose ovarienne simulant une grossesse tubaire. Soc. sc. méd. Lyon. 1911. (*Lyon médical*, 28 janvier 1912).
- Négrié.** — *Bulletin de la Société anat.* de 1863.
- Neu.** — Contribution à l'étude de la tuberculose génitale et péritonéale chez la femme (*Medizinische Klinick*, 6 août 1911).
- Olivier.** — Traitement de la tuberculose annexielle, résultats éloignés (*Thèse de Lyon*, 1911-1912).
- Pewsnér (Mlle).** — Productions kystiques de l'ovaire liées à la tuberculose (*Thèse de Lyon*, 1913).
- Pichevin.** — Tuberculose tubo-ovarienne. (*Sem. gyn.* de Paris, 1900).
- Pollsson et Violet.** — Des productions kystiques de l'ovaire liées à la tuberculose. (*Lyon chirurgical*, 1913).
- Tuberculose des kystes de l'ovaire. (*Annales de gyn. et d'obst.*, oct. 1905).
- Poncet et Leriche.** — Tuberculose inflammatoire de l'appareil tubo-annexiel (*Bull. acad. de Méd.*, juin 1910).
- Du rôle de la tuberculose dans la production des néoformations kystiques (*Lyon chirurgical*, 1^{er} janvier 1914).
- Pozzi.** — Traité de gynécologie.
- Prusmann.** — Tuberculose des tumeurs de l'ovaire. (*Arch. fur. Gyn.*, 1904).
- Rémilly A.** — Tuberculose génitale, 32 observations de femmes opérées (*Thèse Paris*, 1919).
- Rémy.** — Les kystes de l'ovaire tuberculeux. (*Thèse de Lyon*, 1904-05)
- Reynier.** — Tuberculose de l'appareil tubo-ovarien de la femme (*Sem. gynec.* de Paris, 1912).
- Rives.** — Tuberculose des annexes de l'utérus. (*Thèse Montpellier*, 1909-910).

- Routier.** — Tuberculose des organes génitaux de la femme d'origine ascendante. (*Thèse de Paris*, 1909-1910).
- De Rouville** — Trois cas de tuberculose annexielle. (*Montpellier médical*, 1910).
- Royce.** — Tuberculose de l'ovaire. (*Nat. assoc. study et prevent. tubercul. Tr.*, Baltimore, 1915).
- Salle et Foraz.** — Tuberculose annexielle (*Gazette des hôpitaux*, 1912).
- Schakoff (Mlle).** — Contribution à la connaissance des organes génitaux de la femme (*Thèse de Genève*, 1903).
- Schottlaender.** — *Monatschrift f. Geburtssch.*, Gyn., 1897, Bd. V.
- Senn.** — Tuberculosis of the genito urinary organs, Chicago, 1897.
- Senni.** — Tuberculose primitive de l'ovaire. (*Gazetta degli ospedali*, mars 1904, p. 303).
- Simmonds.** — Tuberculose génitale chez la femme. (*Arch. f. gyn.*, 1908 *Presse médicale*, juin 1909).
- Spaeth.** — *American journal of obstetric*, nov. 1903.
- Targett.** — Sur la tuberculose génitale de la femme. (*The Lancet*, 15 août 1903.)
- Tavernier.** — Tuberculose utéro-annexielle. (*Soc. chir. de Lyon*, mai 1905).
- Tixier.** — Discussion sur les kystes tuberculeux de l'ovaire. (*Lyon médical*, 1905). Tuberculose annexielle à forme péritonitique (*La Clinique*, 16 août 1907).
- Todorsky (Mlle).** — Tuberculose de l'ovaire. (*Thèse de Montpellier*, 1912-1913).
- Tomson (G. J.).** — *Revue de gyn.*, 1906, p. 165.
- Veit J.).** — Congrès international de gynécologie de Rome, 1902 (in *Rev. de gyn. et chir.*, Abd., 1902).
- Villemin.** — Congrès international de la tuberculose, 1905.
- Walther.** — *Trans. Path. soc.*, London, 1888-1889.
- Wolff.** — Über die tuberculose die Eierstocks, (*Arch. f. gyn.*, Berlin, 1896) (in *Semaine médicale*, 1913, p. 39).
- Williams.** — Tuberculose des organes génitaux de la femme. (*The Jone Hopkin's hospital reports*, 1892).
- Wittgenstein.** — Influence de la substance ovarienne sur les bacilles tuberculeux (*Rev. de gynec.*, janvier 1911).

